



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso académico 2016/2017

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de Educación para la Salud sobre la prevención de trastornos de la conducta alimentaria en población adolescente.

Health education program about the prevention of eating disorders in teenagers.

Autor/a: Isabel de Francisco Castejón

Tutor: Armando Colomer Simón

Co- tutor: Carlos: Carlos Navas Ferrer

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	4
3. Introducción.....	5
4. Objetivos.....	13
5. Metodología.....	13
6. Desarrollo.....	15
• Objetivos.....	15
• Población diana.....	15
• Recursos.....	16
• Estrategias.....	17
• Actividades	
○ Sesión 1.....	18
○ Sesión 2.....	19
○ Sesión 3.....	20
○ Sesión 4.....	21
• Carta descriptiva.....	21
• Cronograma de Gantt.....	22
• Evaluación.....	23
7. Conclusiones.....	24
8. Bibliografía.....	25
9. Anexos.....	28

RESUMEN

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades mentales caracterizadas por un comportamiento patológico frente a la ingesta de alimentos y una obsesión por el control del peso. Son trastornos de origen multifactorial con múltiples consecuencias tanto físicas como psicológicas. Además, suponen un importante problema de salud en nuestra sociedad ya que cada vez más cantidad de personas y de menor edad se ven afectadas por ellos. Por esta razón, es muy importante llevar a cabo medidas que eviten la aparición de estos trastornos.

Objetivo principal: Elaborar un Programa de Educación para la Salud dirigido a prevenir la aparición de nuevos casos de trastornos alimentarios en población adolescente. El programa consta de cuatro sesiones dirigidas a los alumnos de 2º y 3º de la ESO del Instituto Luis Buñuel de Zaragoza.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos para obtener información actualizada con la que desarrollar un programa de prevención de trastornos alimentarios en adolescentes. Esta revisión ha sido completada con libros, diferentes artículos de páginas web relacionados con el tema, una encuesta preliminar a diferentes especialistas de Salud Mental y una asociación (ARBADA).

Conclusión: es necesario llevar a cabo una labor de prevención exhaustiva en adolescentes ya que son la población de mayor riesgo. Así mismo, es importante educar sobre cómo detectar un trastorno alimentario para comenzar el tratamiento lo antes posible, consiguiendo así mejorar el pronóstico de estos trastornos.

Palabras clave: "Anorexia", "Bulimia", "Trastorno alimentario", "Adolescentes", "Prevención"

ASBTRACT

Introduction: Eating disorders are mental illness characterized by a pathological behavior with food and an obsession with weight control. These disorders have a multifactorial origin and they have multiple both physical and psychological consequences. In addition, they represent an important health problem in our society because more and more people and younger people are affected by them. For this reason, it is very important to carry out measures that prevent the appearance of these disorders.

Main objective: To develop a health education program aimed to prevent the appearance of eating disorders in teenagers. The program includes four meetings directed to students of 2nd and 3rd year of ESO of the Luis Buñuel Institute of Zaragoza.

Methods: A bibliographic search was performed in the main databases to obtain updated information to develop a program to prevent eating disorders in adolescents. This review has been completed with books, several articles from relevant websites to this topic, a preliminary survey to different Mental Health specialists and one organization (ARBADA)

Conclusion: It is necessary to develop an exhaustive prevention labor in teenagers because of being the population with mayor risk. Moreover, it is important to educate on how to detect an eating disorder to start a treatment as soon as possible. As a consequence, the prognosis of these disorders will get better.

Keywords: "Anorexia", "Bulimia", "Eating disorders", "Teenagers", "Prevention".

INTRODUCCIÓN

1. Definiciones y tipos:

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen hoy en día un importante problema de salud pública por su creciente incidencia, gravedad de la sintomatología, su resistencia al tratamiento y porque se presentan en edades cada vez más tempranas (1).

Estos trastornos son enfermedades psiquiátricas marcadas por alteraciones en el comportamiento e ingestión de alimentos junto con una intensa preocupación con el peso o con la forma del cuerpo. Los principales trastornos de la conducta alimentaria son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno alimentario no especificado (TANE). (2)

La AN se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo a ganar peso y la alteración de la imagen corporal. A su vez, se distinguen 2 tipos de AN, la de tipo restrictivo (el individuo no ha incurrido en episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas durante los últimos 3 meses) y la de tipo purgativo (el individuo sí ha incurrido en episodios recurrentes de atracones o conductas purgativas durante los últimos 3 meses). La BN se caracteriza por episodios de sobreingestas recurrentes con sensación de pérdida de control, seguidos de conductas compensatorias con el fin de minimizar los efectos del exceso a través de purgas, ayuno o ejercicio. Por último, los TANE, incluyen el trastorno por atracón y otros TCA que no cumplen con los criterios clínicos de AN o BN. (3)

2. Epidemiología:

Los TCA afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes, y los estudios muestran que su prevalencia ha aumentado progresivamente desde la década de 1950 en adelante (4). En España se estima una prevalencia de TCA del 4,1-6,41%. (3). En concreto, la anorexia tiene una prevalencia del 0,3%, y la bulimia del 0,8%, siendo la del TANE en torno al 3,1% de la población femenina de entre 12 y 21 años. La prevalencia entre hombre sigue siendo menor, siendo solo entre el 5 y el 10% de los enfermos varones. (5)

Concretamente en Aragón, la prevalencia de estas enfermedades se mantiene en picos muy elevados desde 2012. Desde entonces, la Unidad Infanto-Juvenil de Trastornos de la Conducta Alimentaria situada en el hospital Clínico de Zaragoza atiende cada año a cerca de 120 nuevos pacientes menores de edad. También entre los mayores se ha incrementado la incidencia de este tipo de trastornos y la unidad de adultos viene registrando más de 200 nuevos casos al año. (6)

3. Diagnóstico:

Los criterios clínicos para el diagnóstico de la AN y BN están definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) (7) (Anexo 1) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V)

Diagnóstico de AN según el DSM-V

- A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual
- D. Se elimina el criterio de amenorrea

Diagnóstico de BN según el DSMV

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. No poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
- D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales

4. Etiopatogenia

Como causa principal de estos procesos destacan los factores socioculturales. En la actualidad existe gran culto al cuerpo, a la delgadez llevada a los extremos como ideal de belleza. Vemos una enorme coacción desde los medios de comunicación que transmiten, especialmente al sector adolescente y juvenil, la idea de que únicamente son exitosas y atractivas las personas delgadas. (8)

Esto tiene como resultado principal, que una enorme cantidad de jóvenes lleven a cabo dietas alimentarias, que en muchos casos se descontrolan y acaban desarrollando un trastorno de la alimentación. (9)

No obstante, existen otros factores implicados en su etiología (biológicos, psicológicos, familiares, interpersonales, medioambientales) que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial. (8)

Estos factores predisponentes son fundamentalmente dos: ser mujer y adolescente. Sin embargo, existen muchos otros: sobrepeso en la pubertad, vivir en

una familia muy preocupada por la estética, personas muy perfeccionistas, ser atleta, modelo o bailarina, situaciones de estrés personal y haber sufrido un trauma sexual infantil. (10) (11).

5. Consecuencias y complicaciones

En los TCA existen muchas complicaciones asociadas. En la anorexia nerviosa es común la piel seca, agrietada, alopecia, estancamiento de la maduración, fracturas patológicas (12). Otras consecuencias son la presencia de mareos, fatiga, debilidad, intolerancia al frío, palidez, estreñimiento, disminución de la fuerza muscular y de la libido, amenorrea (4). En la bulimia es muy característico las erosiones del esmalte dental, esofagitis, ruptura esofágica o gástrica, el síndrome de Mallory- Weiss y la hiperuricemia. (13).

Así mismo, los TCA se relacionan con trastornos obsesivo –compulsivo (TOC), trastornos de la personalidad y trastornos del estado de ánimo con aparición de depresión. (5)

6. Tratamiento:

Se recomienda que comience lo antes posible dado el impacto positivo que representa la precocidad de las intervenciones en el pronóstico de estos trastornos (14).

El tratamiento óptimo implica la acción de un equipo interdisciplinario que debe estar formado por un médico especialista en nutrición, enfermeros especialistas en salud mental, psiquiatra y psicólogo. Dada la prevalencia de las complicaciones médicas y psiquiátricas en estos trastornos, el tratamiento debe ofrecer varios niveles de cuidado (ambulatorio, ambulatorio intensivo, hospitalización parcial y completa). (14)

La rehabilitación nutricional constituye uno de los tres pilares básicos del tratamiento de los TCA, tanto por la necesidad de recuperación nutricional de estas pacientes, como porque la nutrición inadecuada, las conductas alimentarias alteradas y las ideas erróneas acerca de la comida, la alimentación y el peso mantienen estas patologías y deben ser enfrentadas para que exista una real recuperación. (12)

La psicoterapia es una de las intervenciones centrales para la recuperación. En ésta, se aborda la psicopatología propia del trastorno, el manejo de la comorbilidad, las dinámicas familiares que pueden contribuir al éxito del tratamiento o mantención del problema y la prevención de recaídas, todo en el contexto del desarrollo de la adolescente. (12)

Tanto en la rehabilitación nutricional como en la psicoterapia, el papel de los enfermeros especialistas en salud mental es muy importante ya que son expertos en educación para la salud, acompañan y apoyan a los pacientes a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y abordan el grado en que les afecta su enfermedad, tratando de mejorar en todo lo posible su calidad de vida.

En cuanto a los psicofármacos, el uso de estos en AN se centra en reducir la ansiedad o aliviar los síntomas del estado de ánimo asociados, pudiendo facilitar la realimentación o aumentar el apetito. Sin embargo, no existen fármacos que actúen sobre las características esenciales del trastorno (distorsión de la imagen corporal, el perfeccionismo extremo, los pensamientos obsesivos...). En la BN, el uso de antidepresivos contribuye a reducir los atracones-vómitos y mejoran el estado de ánimo (12)

La hospitalización de pacientes con TCA puede ser necesaria tanto por causas biomédicas como psiquiátricas, o cuando existe fracaso del tratamiento ambulatorio. Es muchísimo más frecuente en casos de AN que en otros TCA. (14)

Existen unos criterios de hospitalización recomendados por la Sociedad para la Medicina del Adolescente (EEUU) (Anexo 2) (14)

7. Curso y evolución:

Respecto a los casos de anorexia, se ha demostrado que aproximadamente el 50% de los casos evoluciona a remisión completa. La remisión parcial con síntomas residuales se observa entre el 20-30% de los casos y entre el 10% y 20% de los casos evolucionan a cronicidad (5)

Aquellas que tienen una edad más temprana de inicio parecen tener mejor pronóstico. Otros factores de buen pronóstico son la duración más corta de los

síntomas y una mejor relación padres-hijo. Purgas, hiperactividad física, pérdida de peso significativa, y la cronicidad están asociadas a un peor pronóstico. (14)

En un reciente meta-análisis en adolescentes con AN, la tasa de mortalidad resultó de 1,8% en comparación con una del 5,9% en adultos. La mortalidad es atribuible a las complicaciones de la inanición y al suicidio. (14)

En relación a la evolución de la BN, este trastorno tiende a ser auto-perpetuante una vez establecido su curso y las pacientes adultas a menudo presentan una historia de entre 5 y 10 años de síntomas. Existen estudios en los cuales un 45% de las pacientes tienen una recuperación completa, un 27% mejora considerablemente, y un 23% tiene un curso crónico. La tasa de mortalidad informada en BN es de un 0,32%.

La migración hacia otro TCA en la evaluación de seguimiento es de un 22,5%. (14)

8. Prevención:

El hecho de que la incidencia de los TCA haya ido aumentando en los últimos años, conduce a la necesidad de adoptar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia de estas patologías.

Dentro del campo de la prevención, podemos distinguir entre prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. (15)

La prevención primaria va dirigida a prevenir la aparición del trastorno. La labor de los profesionales de la salud consiste en ayudar a los adolescentes y/o sus familias a lograr una nutrición y actividad física saludables, una autoestima positiva y a evitar dar excesiva importancia al peso y la figura (15)

La prevención secundaria va asociada a la detección precoz de estos trastornos. Este diagnóstico precoz resulta de enorme importancia ya que se logra un mejor pronóstico de estos trastornos si son diagnosticados y tratados de forma temprana (16)

La Academia para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (EE.UU), recomienda que para la detección precoz de los TCA se considere evaluar a aquellas adolescentes que presentan cualquiera de las siguientes condiciones: (17) (Anexo 3)

Por último, la prevención terciaria tiene como objetivo reducir el deterioro producido una vez que el trastorno se ha cronificado.

En los TCA crónicos, la prevención terciaria incluye control del estado orgánico (caquexia, desequilibrio electrolítico, déficit inmunitario, etc.) y mental (riesgo de autoagresiones, prevención del suicidio, etc.), tratamiento farmacológico de mantenimiento y pacto de conductas en el ámbito familiar (aceptación de algunas conductas y acuerdo en otras, indicaciones a la familia para identificar el reinicio de actitudes anómalas, etc.). Así mismo, incluye medidas de reinserción social en las cuales la familia, los dispositivos/ recursos asistenciales y las asociaciones de ayuda a pacientes con TCA y sus familias juegan un papel importante. (18)

En la actualidad, la evidencia publicada en la literatura es limitada como para sugerir que un tipo particular de programa es efectivo para prevenir los trastornos de la alimentación, pero se han obtenido algunos resultados esperanzadores en las experiencias realizadas tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, y es necesario continuar investigando en este sentido. (19)

Uno de los programas preventivos que ha demostrado estadísticamente la modificación de actitudes y la disminución de la población de riesgo ha sido el programa Zarima-Prevención, desarrollado por Ruiz-Lázaro en Aragón (20)

9. Asociaciones de autoayuda.

Existen en España diferentes asociaciones de ayuda para este tipo de patologías. Entre ellas cabe destacar la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia (FEACAB), la cual está formada por asociaciones de más de 20.000 personas afectadas, así como sus familias. FEACAB pretende promover soluciones socio-sanitarias y educativas para la prevención de la anorexia y bulimia, llegando no sólo a los enfermos y entorno, sino también a medios

de comunicación, entidades, institutos y todos aquellos lugares en los que podría haber población de riesgo. (21)

Centrándonos en Zaragoza, encontramos ARBADA (Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria), asociación que forma parte de FEACAB. ARBADA tiene como objetivo principal informar y dar apoyo a familiares y enfermos de anorexia y bulimia. Entre sus servicios destaca la realización de diversas actividades, como por ejemplo, cursos de orientación a familiares de enfermos, talleres motivacionales para estos y campañas de sensibilización y concienciación social. (22)

10. Justificación:

He elegido este tema para mi Trabajo de Fin de Grado de Enfermería, porque considero que los trastornos alimentarios son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, y nosotros, como enfermeros, debemos conocer y saber tratar estas enfermedades.

Actualmente, todavía no se habla de forma abierta sobre este tipo de trastornos. Por eso, uno de mis objetivos es aportar información acerca de este tema, para, por un lado, llegar a entender mejor a las personas que sufren un TCA; y por otro, educar, especialmente a la población joven, para prevenir posibles casos.

Estos trastornos pueden llegar a un extremo, cronificándose, repercutiendo en la vida social, laboral y familiar de los que lo padecen, e incluso acabar de una forma fatal llevando a la muerte. Por ello, es de vital importancia su prevención.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Crear un Programa de Educación para la Salud dirigido a prevenir la aparición de nuevos casos de Trastornos de la Conducta Alimentaria en población adolescente.

Objetivos secundarios:

- Aportar información actualizada sobre los aspectos más importantes de los trastornos alimentarios mediante una búsqueda bibliográfica.
- Desarrollar las diferentes sesiones del programa.
- Elaborar un díptico divulgativo para captar la atención de los estudiantes.

METODOLOGÍA

El trabajo consiste en un Programa de Educación para la Salud encaminado a prevenir la aparición de nuevos casos de trastornos alimentarios, especialmente la anorexia y la bulimia. Este programa va dirigido a la población adolescente.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: PubMed, Cuiden Plus, Science Direct y Scielo. Las palabras clave utilizadas han sido: "anorexia", "bulimia", "trastorno alimentario", "adolescentes" y "prevención", así como sus traducciones en inglés. (Tabla 1)

Esta revisión ha sido completada con libros, diferentes artículos de páginas web relacionados con el tema y una encuesta preliminar a diferentes especialistas de Salud Mental (Anexo 4). Además, se ha consultado la asociación ARBADA con el propósito de ampliar conocimientos y tomar ejemplo para llevar a cabo las diferentes sesiones del programa.

Tabla 1: Bases de datos revisadas y estrategia de búsqueda

BASES DATOS	DE	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CUIDEN PLUS		"Trastorno alimentario" AND "Prevención"	8	3
SCIELO		"Bulimia", "Adolescentes", AND "Prevención"	15	6
SCIENCE DIRECT		"Anorexia", "Trastorno alimentario" AND "Adolescentes"	20	8
PUBMED		"Eating disorders", "Prevention" AND "Teenagers"	22	5

Fuente: elaboración propia

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE SALUD

Objetivos dirigidos a los adolescentes:

Objetivos cognitivos:

- Los alumnos participantes explicarán las consecuencias negativas de la dieta restrictiva al finalizar el programa
- Los estudiantes enumerarán al menos 5 signos o manifestaciones que alerten de un posible TCA al terminar el programa.

Objetivos actitudinales:

- Los alumnos justificarán la importancia de seguir unos hábitos de vida saludable al concluir las cuatro sesiones del programa
- Los alumnos expresarán interés por enumerar características personales que definan a una persona, diferentes del peso y el aspecto físico cuando termine el programa.

Objetivos aptitudinales:

- Los estudiantes demostrarán su capacidad para diseñar un menú semanal que cumpla los criterios de una alimentación equilibrada al terminar la última sesión
- Los estudiantes demostrarán habilidad a la hora de actuar ante la sospecha de un posible trastorno alimentario una vez desarrollado el programa.
- Los alumnos demostrarán habilidad para identificar a las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir un TCA cuando se dé por concluido el programa.

Población diana:

El presente Programa de Educación para la Salud va dirigido a todos los alumnos de 2º de la ESO del instituto Luis Buñuel del barrio La Almozara de Zaragoza. Los alumnos tienen 13/14 años, edad adecuada para la realización del proyecto puesto que se detecta un aumento en la tasa de trastornos alimenticios a edad de comienzo cada vez inferior.

Es en este periodo de sus vidas, cuando comienzan a darse cuenta de la presión social que existe sobre la delgadez y la estigmatización de la obesidad que hay en nuestra sociedad. Por tanto, el riesgo de padecer un trastorno alimenticio es mucho mayor que en otras etapas de la vida.

Se pretende realizar prevención primaria acerca de los desordenes alimenticios, es decir, prevenir antes de que aparezca la enfermedad queriendo lograr que esta nunca llegue a producirse.

Recursos:

Recursos materiales:

- Aulas de estudiantes
- Folios
- Rotuladores
- Ordenador portátil con proyector
- Papel Kraft
- Cuestionarios de evaluación inicial
- Cuestionarios de evaluación final
- Cuestionarios de satisfacción
- Folio con la información de las Asociaciones en Zaragoza
- Cuestionarios de Frecuencia de Consumo Alimentario
- Cartulinas de la pirámide de alimentos
- Plantillas del menú semanal
- Mesas y sillas
- Pizarra
- Celo
- Pelota

Recursos humanos:

- Enfermera especialista en Salud Mental
- Psicóloga
- Paciente que ha vivido un TCA

Estrategias:

En este proyecto se contempla la colaboración de un equipo multidisciplinar. El programa será desarrollado por una enfermera especialista en Salud Mental y una psicóloga. Además, se contará con la colaboración y el testimonio de una paciente que ha padecido anorexia.

Para desarrollar el proyecto se utilizará educación grupal, debido a la necesidad de enseñar a todos los jóvenes acerca de este problema. El método que principalmente se empleará será una técnica expositiva. Mediante este método se informará acerca de los aspectos de estos trastornos. Otros recursos utilizados serán unos videos didácticos a través de los cuales se pretende afianzar los conocimientos adquiridos durante las exposiciones. Por último, un método que se empleará durante el desarrollo del proyecto será el debate. A través del debate se pretende que los asistentes mediante la argumentación adquieran mayores conocimientos y reforzamiento de los mismos.

El primer paso para poder llevar a cabo el programa será conseguir que el centro de salud otorgue el visto bueno al proyecto. Después se solicitará permiso al consejo escolar y se informará mediante una carta a los padres y madres de los alumnos en los que se llevará a cabo.

Además, para informar a los alumnos y atraer su interés, se colgará un díptico divulgativo en la puerta de cada clase. (Anexo 5). Una vez obtenidos los permisos, se podrá llevar a cabo el programa. Este constará de 4 sesiones de 90 minutos de duración cada una aproximadamente. Dichas sesiones se llevarán a cabo en cada una de las tres clases de 2º de la ESO por separado, no se juntarán a la vez a todos los alumnos de las tres clases en ningún momento. De esta forma, las sesiones serán más dinámicas y los grupos serán más reducidos, logrando un ambiente con mayor confianza y fomentando la participación de todos los alumnos.

Tras las charlas de los distintos profesionales, se procederá a unos momentos de ruegos y preguntas con el fin de aclarar todas las dudas que hubieran podido surgir y aclararlas. Finalmente, como evaluación final, se les entregará a los alumnos un cuestionario de evaluación final para conocer el grado de conocimientos aprendidos así como un cuestionario de satisfacción.

Actividades:

A continuación se describen las actividades organizadas en cada sesión.

SESIÓN 1: Cánones de belleza y autoestima

- Duración: 90 min
- Actividades:
 1. Presentación del Programa de Educación para la Salud y de sus participantes
 2. Se dividirá a los estudiantes en grupos de 5-6 personas. Los alumnos representarán en un papel Kraft un dibujo de cómo sería su prototipo físico de chico o chica ideal. Además, escribirán un mínimo de cinco cualidades que consideran imprescindibles para que cumplan dicho prototipo. Posteriormente, se colgarán los papeles en la pizarra con celo y dos representantes de cada grupo explicarán sus dibujos delante del resto de alumnos.
 3. Se realizará un pequeño debate, empleando como moderadores al personal docente. Se unirán los grupos de dos en dos, y deberán defender por qué consideran ese prototipo el ideal, y por qué no lo es el del grupo contrario.
 4. Se formará un círculo y se tomará una pelota que se irán pasando entre todos. Así, el que recibe la pelota deberá decir dos cualidades o cosas que le gustan (no físicas) de la persona que tiene a la derecha. Después de hacer esto, se pasará la pelota a otra persona y así todo el tiempo. Con esta actividad, se fomentará la autoestima de los alumnos enseñándoles que todos somos distintos y especiales más allá de la apariencia que damos y que eso es lo que nos hace importantes, exitosos y, en definitiva, bellos.
 5. Finalmente se creará consciencia de los prejuicios y presión a los que estamos sometidos en nuestra sociedad a través de los medios de comunicación y la publicidad, desarrollando un pensamiento crítico. Se educará en que no se obsesionen con los prototipos impuestos socialmente, que proponen modelos de mujeres y hombres excesivamente delgados con ideales de vida poco saludables.

SESIÓN 2: Estilo de vida saludable

- Duración: 90 min
- Actividades:
 1. En primer lugar, se repartirá a cada alumno un Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (CFCA). (Anexo 6) (5) para conocer los hábitos alimentarios de nuestros estudiantes y saber de qué punto partimos.
 2. A continuación, con la ayuda de unas diapositivas de Power Point, se darán nociones básicas sobre alimentación. Se explicarán las funciones de los distintos grupos de alimentos y su frecuencia de consumo, recalando las bases de una alimentación saludable. Para reforzar y asentar por completo estos conocimientos, se repartirá a cada alumno una cartulina de la pirámide de alimentos. (Anexo 7) (23)
 3. Mediante el proyector, los alumnos verán unos vídeos didácticos que informan sobre el consumo de los productos que forman parte de la Dieta Mediterránea y los beneficios que estos tienen en nuestra salud. (24,25). De este modo, se les motivará a poner en práctica esta saludable dieta.
 4. A continuación, se hará especial hincapié sobre la importancia de una alimentación saludable (mantenida en el tiempo) frente al concepto de dietas restrictivas hipocalóricas (habitualmente de corta duración y escasos resultados) o "dietas milagro", informando de sus peligros. (19,15)
 5. Por último se explicarán los múltiples beneficios de realizar ejercicio físico de forma diaria y moderada (26)
 6. Los alumnos deberán diseñar sobre una plantilla que les repartiremos, un menú semanal que cumpla en la mayor medida de lo posible las bases de una alimentación equilibrada y saludable. De esta forma, se comprobará que los conceptos sobre alimentación previamente explicados han sido entendidos. (Anexo 8).
 7. Se resolverán dudas y cuestiones

SESIÓN 3: Información sobre los TCA

- Duración: 90
- Actividades:
 1. En primer lugar y mediante un cuestionario, se hará una evaluación inicial de los conocimientos de los alumnos sobre los trastornos de la conducta alimentaria. (Anexo 9)
 2. Mediante una presentación de Power Point, se hará una introducción de forma general a los TCA: conceptos de anorexia y bulimia nerviosas, las diferencias entre cada uno de ellos y las causas o factores de riesgo que pueden llevar a una persona a este punto. Además se hará hincapié en las consecuencias, porque consideramos que es este quizá el punto en el que más desinformados están los adolescentes
 3. Con la ayuda de unas diapositivas, se informará sobre las señales, signos y manifestaciones que nos pueden alertar de un posible caso de trastorno alimentario así como de los pasos que deben seguir tras padecer o identificar un TCA en su entorno. (9)
 4. Por último, se repartirá a cada alumno un folio con la información y la forma de contactar con las distintas asociaciones encargadas de tratar estos problemas en Zaragoza. (Anexo 10)
 5. Se resolverán las posibles dudas surgidas

SESIÓN 4: Testimonio real sobre un TCA

- Duración: 90 min
- Actividades:
 1. Una persona que ha superado un caso de trastorno alimenticio contará la experiencia personal vivida a lo largo de su proceso de enfermedad, tanto física como psicológica.
 2. Los alumnos divididos en grupos de 5 escribirán en un papel las conclusiones a las que han llegado entre todos, para ponerlas en común posteriormente.
 3. Tanto la persona que ha contado su experiencia, como la psicóloga y la enfermera, contestarán a las preguntas y dudas que los estudiantes planteen.
 4. Finalmente, los alumnos rellenarán dos cuestionarios. El primero es un cuestionario de evaluación final para comprobar lo aprendido (Anexo 11) y el segundo un cuestionario que permitirá conocer su grado de satisfacción con el programa (Anexo 12)

Carta descriptiva:

Descripción de las sesiones	Objetivos de las sesiones	Materiales educativos	Duración
1ª Sesión. Cánones de belleza y autoestima	.Enumerar características personales que definan a una persona diferentes del peso y el aspecto físico		90 minutos
2ª Sesión. Estilo de vida saludable	.Justificar la importancia de seguir unos hábitos de vida saludables . Ser capaz de diseñar un menú semanal que cumpla	. Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (Anexo 6) . Ordenador, proyector y pantalla . Presentación Power Point . Cartulina de la pirámide	90 minutos

	los criterios de una alimentación equilibrada . Saber explicar las consecuencias negativas de la dieta restrictiva	de alimentos (Anexo 4) . Plantilla del menú semanal (Anexo 8) . Vídeos didácticos	
3ª Sesión. Información sobre los TCA	. Demostrar habilidad para identificar a las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir un TCA . Saber enumerar 5 signos que alerten de un posible TCA . Demostrar habilidad de actuación ante sospecha de un TCA	. Cuestionario de evaluación inicial (Anexo 9) . Ordenador, proyector y pantalla . Presentación Power Point . Folio con las Asociaciones de TCA en Zaragoza (Anexo 10)	90 minutos
4ª Sesión. Testimonio real sobre un TCA	. Reflexionar sobre la gravedad de los TCA y tener una actitud empática con las personas que los sufren	. Cuestionario de evaluación final (Anexo 11) . Cuestionario de satisfacción (Anexo 12)	90 minutos

Cronograma de Gantt:

El Programa se llevará a cabo en el Instituto Luis Buñuel de La Almozara en Zaragoza, y constará de cuatro sesiones que serán impartidas a todo el alumnado de 2º de la ESO.

Dará comienzo en mayo del 2017, mes durante el cual se obtendrán los permisos pertinentes, además de informar a las familias. Finalizará en junio del 2017, impartiendo las sesiones durante las 3 primeras semanas de junio, de cara a la aproximación de sus respectivas vacaciones de verano, y por lo tanto, los sonados riesgos de las dietas que se realizan en la sociedad a fin de lucir un determinado cuerpo en verano.

El Programa de Salud se impartirá en 4 sesiones matinales de 90 minutos cada una. Las sesiones se realizarán en cuatro días consecutivos de la semana en cada grupo. Al grupo A se le dará la primera semana de junio, al grupo B la segunda y al grupo C la tercera semana, por seguir el orden alfabético. Los días

de las sesiones serán los lunes, martes, miércoles y jueves de cada semana de 9:00-10:30 de la mañana. Las sesiones serán matinales puesto que es la hora en la que los alumnos están en la escuela y no queremos hacerlas fuera de su horario lectivo.

GRUPO	A	B	C
FECHA	<u>Sesión 1:</u> Lunes, 5/06/ 2017 <u>Sesión 2:</u> Martes, 6/06/2017 <u>Sesión 3:</u> Miércoles, 7/06/2017 <u>Sesión 4:</u> Jueves, 8/06/2017	<u>Sesión 1:</u> Lunes, 12/06/2017 <u>Sesión 2:</u> Martes, 13/06/2017 <u>Sesión 3:</u> Miércoles, 14/06/2017 <u>Sesión 4:</u> Jueves, 15/06/2017	<u>Sesión 1:</u> Lunes, 19/06/2017 <u>Sesión 2:</u> Martes, 20/06/2017 <u>Sesión 3:</u> Miércoles,21/06/2017 <u>Sesión 4:</u> Jueves, 22/06/2017
LUGAR	En el propio aula	En el propio aula	En el propio aula
RESPONSABLE	<u>Sesión 1:</u> psicóloga <u>Sesión 2:</u> enfermera <u>Sesión 3:</u> enfermera y psicóloga <u>Sesión 4:</u> paciente, enfermera y psicóloga	<u>Sesión 1:</u> psicóloga <u>Sesión 2:</u> enfermera <u>Sesión 3:</u> enfermera y psicóloga <u>Sesión 4:</u> paciente, enfermera y psicóloga	<u>Sesión 1:</u> psicóloga <u>Sesión 2:</u> enfermera <u>Sesión 3:</u> enfermera y psicóloga <u>Sesión 4:</u> paciente, enfermera y psicóloga

Evaluación del programa:

Para evaluar el programa, se entregará un cuestionario de evaluación final (Anexo 11) a cada alumno para comprobar el grado de conocimientos adquiridos con respecto a los resultados del cuestionario de evaluación inicial (Anexo 9). De este modo, sabremos si el programa ha sido eficaz y hemos logrado todos los objetivos planteados, tanto cognitivos, actitudinales como los aptitudinales.

Además, se repartirá a todos los alumnos un cuestionario de satisfacción (Anexo 12) con el que se pretende conocer su opinión sobre las actividades desarrolladas.

CONCLUSIONES

Los trastornos alimentarios son enfermedades de origen multifactorial y difíciles de tratar que afectan cada vez a más personas. Por esta razón, son de vital importancia los programas de educación para la salud encaminados a prevenir la aparición de nuevos casos.

La puesta en práctica de este programa tiene varios objetivos que pretende alcanzar. El objetivo principal es prevenir la aparición de nuevos casos de TCA, por lo que en el programa se informa a los estudiantes sobre estos trastornos y se dan pautas para prevenirlos.

Sin embargo, la certeza de que este objetivo principal se haya cumplido, solo se sabrá con el paso del tiempo al comprobar si alguno de los estudiantes que asistió al programa ha sufrido algún trastorno alimentario o por el contrario no lo ha sufrido nadie.

Otro objetivo del programa es fomentar un estilo de vida saludable que pueda tener resultados positivos en la futura salud de estos jóvenes. Se puede comprobar si se han cambiado los hábitos de vida mediante el indicador de calidad y hábitos de vida saludables.

Así mismo, recalcar la importancia de detectar precozmente la aparición de un TCA (comentarios, conductas...) para que acudan a un especialista lo antes posible, ya que estos trastornos suelen pasar desapercibidos hasta que ya están muy avanzados y el tratamiento será más complicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno González M.A, Ortiz Viveros G.R. Trastorno Alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia psicológica*. 2009; 27 (2): 181-190.
2. Portela de Santana M.L, Costa Ribeiro H, Mora Giral M. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr.Hosp*. 2012; 27 (2).
3. Fernández Rojo S , Grande Linares T, Banzo Arguis C, Félix –Alcántara MP. Patología psiquiátrica en pediatría, adolescencia y embarazo. Dependencias y alteraciones de la conducta alimentaria. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015; 11 (86): 5144-5152
4. Gaete P. María Verónica, López C. Carolina, Matamala B. Marcela. Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención primaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012; 23 (5): 579-591
5. Cala Romero Isabel. Los trastornos de la conducta alimentaria: evolución histórica y situación actual. [Trabajo fin de grado]. Cádiz: Universidad de Cádiz.[fecha de acceso 1 abril de 2017]. Disponible en:
<http://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16973/TFG%20terminado.pdf?sequence=1>
6. P.P.G (4 de marzo de 2017). El uso de modelos muy delgados provoca que veamos como normales cuerpos no saludables. *Heraldo de Aragón*. Recuperado de:
<http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2017/03/04/uso-modelos-muy-delgadas-provoca-que-veamos-como-normales-cuerpos-saludables-1162417-300.html>
7. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Parnamericana; 2000
8. Verónica Marín B. Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*. 2012; 29 (2).
9. Cruz Roja. Manual de Salud sobre Anorexia y Bulimia [fecha de acceso 23 de febrero de 2017]. Disponible en:
<http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>

10. Woerwag Mehta S, Janet Treasure. Causas de la anorexia nerviosa. *Psiquiatría Biológica*. Elsevier. 2009; 16 (1): 32-37.
11. E. Vara Robles, R. Pons Grau, F. Lajara Latorre, S. Mónica Molina, L. Parrón Lagunas, R. Porras Benjumea. Influencia de los hábitos de la población adolescente sobre la autoimagen y el riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Pediátrica Atención Primaria*. Madrid, 2011. Vol. 13.
12. Roger P. Smith. *Trastroncos de la alimentación: Anorexia nerviosa y bulimia*. Netter. Obstetricia, ginecología y salud de la mujer. Elsevier; 2005: 564-566
13. López G. Carolina, Treasure Janet. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2011; 22(1): 85-97.
14. Gaete P. María Verónica, López C. Carolina, Matamala B. Marcela. Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención primaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012; 23 (5): 579-59
15. Rosen D. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010; 126:1240-53
16. Rome E. Eating Disorders in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2012; 42:28-44.
17. AED. Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders. Academy for Eating Disorders, 2011.
18. Arrufat F.J, Badia G , Benítez D, Cuesta L, Duño L, Estrada M.D et al. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. [Internet]. [actualizado abril de 2009; fecha de acceso 20 de marzo de 2017]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_alimentaria/completa/apartado09/tratamiento.html
19. Quirós AE. Prevención de Trastornos de la Conducta Alimentaria mediante una intervención enfermera a través de Internet. *Nure Investigación*. 2008; 32

20. Ruiz Lázaro PM, Comet P. La prevención de trastornos alimentarios es posible: experiencia del programa escolar controlado del grupo Zarima Prevención. [Internet]. 2002. [fecha de acceso 20 marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/368/351>
21. Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia (FEACAB). [fecha de acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://feacab.org/>
22. Asociación Aragonesa de familiares de enfermos con trastornos de la conducta alimentaria (ARBADA). [fecha de acceso 16 marzo de 2017]. Disponible en: <http://arbada.org/>
23. Castillo Ortega MD. Programa de promoción de alimentación saludable y actividad física en adolescentes. [Trabajo fin de grado]. Jaén: Universidad de Jaén;2015.[actualizado 10 de Junio de 2015; fecha de acceso 20 de febrero de 2017]. Disponible en: [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1664/1/TFG. M Dolores Castillo Ortega.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1664/1/TFG._M_Dolores_Castillo_Ortega.pdf)
24. María José Escaffi F, Marcelo Miranda C, Rodrigo Alonso K, Ada Cuevas M. Dieta mediterránea y vitamina D como potenciales factores preventivos del deterioro cognitivo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2016; 27 (3): 392-400
25. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. [fecha de acceso 24 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.alimentacion.es/es/canal_tv/reportajes/?PageNumber=1&tcmUri=tcm:5-58697
26. Alberto Cordero, M. Dolores Masia, Enrique Galve. Ejercicio físico y salud. Revista Española de Cardiología. 2014; 67 (9): 748-753.

ANEXOS

Anexo 1:

Criterios clínicos para el diagnóstico de AN y BN según CIE 10

Diagnóstico de AN según la CIE 10

El diagnóstico de anorexia nerviosa según la Clasificación Internacional de las Enfermedades⁸⁶ (CIE-10) debe realizarse de forma rigurosa, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes:

A. Pérdida significativa de peso (IMC inferior a 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia ponderal propia del periodo de crecimiento.

B. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de la evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo o consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

C. Distorsión de la imagen corporal, que consiste en una psicopatología específica, caracterizada por miedo intenso a la gordura o la flacidez de las formas corporales, de forma que el enfermo se impone a sí mismo permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamohipofisario-gonadal, que se manifiesta como amenorrea en la mujer (una excepción la constituyen las mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal, generalmente con anticonceptivos orales) y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

E. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasan sus manifestaciones o incluso la pubertad se detiene (cesa el crecimiento, en las mujeres no se desarrollan las mamas y presentan amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales

infantiles). Si el 55 paciente se recupera de la enfermedad, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía.

Diagnóstico de BN según la CIE 10

Deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación, de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas. Dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, tal y como se indica:

A. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

B. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos. Cuando la BN se presenta en un enfermo diabético, éste puede abandonar su tratamiento con insulina.

C. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma florida o por el contrario adoptar una forma menor o larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea.

Anexo 2

Tabla con las indicaciones de hospitalización en TCA (4)

Una o más de las siguientes justifican hospitalización:
1. Desnutrición severa (peso menor o igual al 75% del peso corporal promedio para la edad, sexo y talla)
2. Deshidratación
3. Alteraciones electrolíticas (hipokalemia, hyponatremia, hipofosfemia)
4. Arritmia cardíaca
5. Inestabilidad fisiológica
<ul style="list-style-type: none">• Bradicardia severa (frecuencia cardíaca < 50 latidos/minuto durante el día; < 45 latidos/minuto en la noche)• Hipotensión (< 80/50 mm Hg)<ul style="list-style-type: none">• Hipotermia (temperatura corporal < 35.6 °C)• Cambios ortostáticos en pulso (>20 latidos/minuto) o presión arterial (> 10 mm Hg)
6. Detención del crecimiento y desarrollo
7. Fracaso de tratamiento ambulatorio
8. Rechazo agudo a comer
9. Atracones y purgas incontrolables
10. Complicaciones médicas agudas de la desnutrición (por ej., síncope, convulsiones, insuficiencia cardíaca, pancreatitis, etc.)
11. Emergencias psiquiátricas (por ej., ideación suicida, psicosis aguda)
12. Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del TCA (por ej., depresión severa, trastorno obsesivo-compulsivo, disfunción familiar severa)

Anexo 3:

Criterios para la detección precoz de los TCA

- Pérdida o ganancia de peso abruptas.
- Disminución de peso o falta de incremento esperado de peso/talla en una joven que está aún creciendo y desarrollándose.
- Fluctuaciones de peso sustanciales.
- Alteraciones electrolíticas (con o sin cambios al ECG), especialmente hipokalemia, hipocloremia, o CO₂ elevado. Un CO₂ normal alto en presencia de cloro normal bajo y/o pH urinario de 8.0-8.5 pueden indicar vómitos recurrentes.
- Bradicardia.
- Amenorrea o irregularidades menstruales.
- Ejercicio excesivo o entrenamiento físico extremo.
- Constipación en el contexto de dietas inapropiadas u otras conductas inadecuadas para bajar de peso.
 - Historia de haber utilizado una o más conductas compensatorias para el manejo del peso después de haber comido, percibido sobreingesta o tenido un atracón, tales como vómitos inducidos, dieta, ayuno o ejercicio excesivo.

Anexo 4

Entrevista a una enfermera especialista en Salud Mental

1. ¿Qué motivos pueden llevar a una persona a desarrollar un trastorno de conducta alimentaria?

En nuestra sociedad existe una presión sociocultural de delgadez y una gran estigmatización de la obesidad. Todos nosotros estamos de alguna forma influenciados por estas premisas, pero la razón de que esta realidad afecte más a unas personas que a otras y les lleve a padecer un TCA, se relaciona con una serie de factores.

Son más vulnerables aquellas personas que conviven en un contexto educativo/familiar que promueve alcanzar un modelo estético corporal de un modo muy riguroso. También se ven más afectadas las personas con baja autoestima y gran necesidad de valoración externa, aquellas que tienen dificultades en las habilidades sociales, problemas de ansiedad y afrontamientos ineficaces en su vida diaria. Todas ellas tienen mayor riesgo de buscar la aceptación y el reconocimiento de los demás a través del control de su alimentación.

Los rasgos perfeccionistas y un alto nivel de exigencia por uno mismo o por otras personas pueden ser también desencadenantes de estos tipos de trastornos.

Con esta presión social y las características de los individuos mencionadas anteriormente, se podría desarrollar un TCA. Sin embargo, en muchos casos, se produce un acontecimiento vital estresante que desencadena el inicio del trastorno.

2. En los últimos años ha aumentado considerablemente la prevalencia de TCA, ¿A qué cree que es debido?

El aumento de casos de TCA en los últimos años se encuentra bastante relacionado con la obsesión que existe en nuestra sociedad por el peso y la figura.

En los anuncios publicitarios y revistas se puede ver cómo el canon de belleza actual (mujeres y hombres jóvenes, altos, delgados y guapos) parece un requisito indispensable para alcanzar la aceptación social y el éxito. Se anuncie lo que se anuncie, los /las modelos que se utilizan para los spots publicitarios, difunden de forma encubierta en muchos casos, la importancia de la delgadez en esta sociedad actual.

Al comparar nuestra imagen con la de estos modelos es cuando muchas personas se sientan insatisfechas con su cuerpo. La comparación es una “bofetada” a la autoestima.

Todo esto afecta de forma especial a la población joven, puesto que cuando estamos formándonos como personas somos más vulnerables a los mensajes que recibimos de la publicidad. El deseo de querer alcanzar ese ideal de belleza para encajar en la sociedad y sentirse aceptado, lleva a muchas personas

(especialmente a adolescentes) a iniciar conductas alimentarias inadecuadas para su salud.

3. ¿Qué recomendaciones le daría a los familiares para abordar un caso de TCA?

La familia juega un papel esencial en estos tipos de trastornos y es importante que adopten una correcta actitud ante los síntomas.

Deben evitar realizar comentarios al paciente sobre cómo ha comido, si ha vomitado, si ha realizado o no ejercicio físico. También es conveniente que la comida sea la misma para toda la familia y que esta se realice de forma conjunta. Las personas que comparten la mesa deben procurar no estar pendiente de su ingesta, ha de ser un momento relajado para todos.

La familia debe plantearse unos objetivos realistas, por lo que deben entender que los cambios serán lentos pero progresivos. Es importante que se regulen los horarios de las comidas: cinco comidas al día, en el orden adecuado, a las mismas horas, una duración mínima de treinta minutos...

Además, debido al rechazo que pueden sentir algunos pacientes respecto al tratamiento, la colaboración de la familia y su insistencia en que asista a la UTCA es importante para una adecuada adhesión al tratamiento. En muchos casos si la familia no confía, tampoco confiará el paciente.

Una manera de que los familiares colaboren es siguiendo las recomendaciones del equipo y acudiendo con regularidad a entrevistas familiares y reuniones de grupos de padres que se concreten

4. ¿Qué consecuencias puede sufrir una persona que padece un TCA?

Las consecuencias fisiológicas que podrían acarrear estos trastornos sería una clara desnutrición y deshidratación en el caso de las dietas restrictivas. En todos los casos podrían darse alteraciones renales, episodios crónicos de estreñimiento, anemias, descalcificaciones óseas y fracturas, amenorrea, calambres musculares, alteraciones cardiovasculares, debilidad, fatiga, caída del pelo, uñas frágiles, hipotensión, ...

En los casos de vómitos recurrentes se puede producir erosión del esmalte dental, caries, riesgos cardíacos por la falta de potasio, riesgo de asfixia, alteraciones de la mucosa oral, faríngea, esofágica y reflujo gastroesofágico, úlceras pépticas y pancreatitis.

Respecto a las consecuencias psicológicas están la depresión, ansiedad, irritabilidad, insomnio, problemas de concentración y baja autoestima. También se dan pensamientos negativos hacia el cuerpo, valoración personal totalmente dependiente del peso y la silueta, creencias erróneas sobre el peso, cuerpo y alimentos, cambios bruscos de personalidad, tendencia al aislamiento y problemas de relaciones interpersonales

5. ¿Qué estrategias son eficaces para la recuperación de la anorexia y bulimia?

El primer paso para la recuperación es la interrupción de la dieta restrictiva y la eliminación de los atracones. La mejor técnica para ambos objetivos es normalizar la alimentación: hacer un mínimo de tres comidas diarias, mantener un horario fijo, realizar un primero, segundo y postre y no saltarse ninguna comida aunque no se tenga hambre.

También considerar las comidas como un tratamiento, no picar entre horas, eliminar los productos dietéticos y laxantes, incorporar alimentos hasta ahora considerados “prohibidos”.

Existen otras técnicas que se utilizan para intentar evitar los atracones, aparte de normalizar la alimentación. Es importante planificar de antemano lo que se va a comer, preparar las comidas cuando no se tiene hambre, eliminar distracciones durante la comida, servir la comida directamente en platos y cocinar de forma que no queden sobras.

También resulta eficaz cambiar de espacio y construir una lista de actividades que sirvan para distraer y retrasar el momento del atracón (leer, pintar, escuchar música, dar un paseo, llamar por teléfono...)


Además aconsejamos a nuestras pacientes que se digan frases concretas que les ayuden a evitar el atracón: "Si no me doy el atracón será un pequeño triunfo más"

Anexo 5:

Díptico divulgativo


PROGRAMA DE SALUD A CERCA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (anorexia y bulimia)

¿QUÉ ES LA BULIMIA NERVIOSA?



La BN es un desorden alimenticio y psicológico. Se caracteriza por episodios secretos de excesiva ingestión de alimentos seguido por sentimientos de tristeza y culpa, que lleva a métodos inapropiados para perder peso, como:


- Vomitar
- Laxantes o diuréticos
- Excesivo ejercicio



¿QUÉ ES LA ANOREXIA NERVIOSA?

La AN es un desorden alimenticio y psicológico. La persona llega al borde de la inanición para sentir que tiene control sobre su propio cuerpo.

Una característica esencial en este tipo de trastornos es la **distorsión de la imagen corporal**, en la que las personas no son capaces de ver su propia delgadez.




¿QUÉ HACER ANTE UNA SOSPECHA DE TCA?

Lo primero de todo, hay que llevar a la persona de la que sospechamos un TCA al **pediatra** o a su **médico de cabecera**, que valorará sobre todo las variaciones en el peso y hábitos alimenticios. Si el caso es grave, se derivará a una Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria.

Las **familias** juegan un papel fundamental. No es recomendable que realicen comentarios acerca de lo que comen o el ejercicio que hacen. Es aconsejable que la comida sea la misma para toda la familia y que se haga de forma conjunta. Asimismo, se propondrá un horario para regular las comidas.

Es importante ser conscientes de que los **cambios** serán **lentos** y **progresivos**, así que no se debe forzar a la persona a comer.

¿EN QUÉ CONSISTE EL TRATAMIENTO?



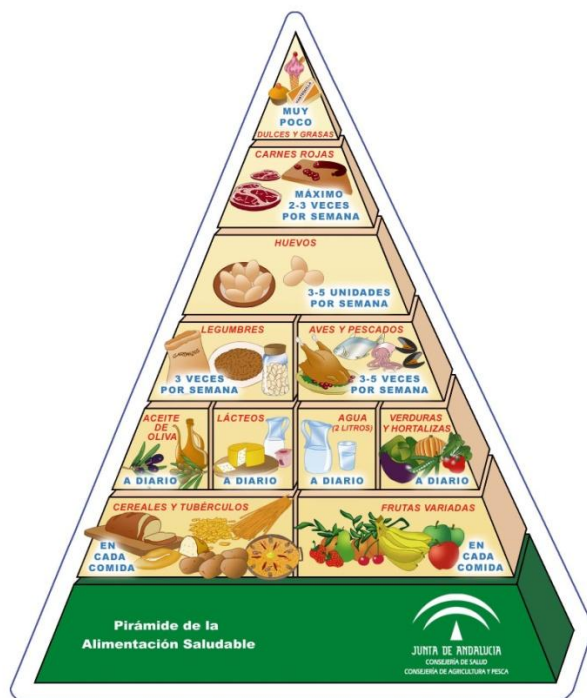
El tratamiento requiere una actuación de diferentes profesionales (médicos, psicólogos, enfermeras...). Es importante que el paciente adquiera **conciencia de enfermedad**, y de esta forma, empezar a trabajar en los aspectos psicológicos y corregir conceptos erróneos. Es imprescindible lograr un **compromiso** para llevar a la mejoría.

Anexo 6

Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario (5)

ANEXO I. Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario - CFCA		
LISTADO DE ALIMENTOS	¿CUÁNTAS VECES COME?	
	A LA SEMANA	AL MES
Leche		
Yogur		
Chocolate: tableta, bombones, "Kit Kat", "Mars"...		
Cereales inflados de desayuno ("Corn-Flakes", "Kellogg's")		
Galletas tipo "maría"		
Galletas con chocolate, crema...		
Magdalenas, bizcocho...		
Ensamada, donut, croissant...		
	A LA SEMANA	AL MES
Ensalada: lechuga, tomate, escarola...		
Judías verdes, acelgas o espinacas		
Verduras de guarnición: berenjena, champiñones		
Patatas al horno, fritas o hervidas		
Legumbres: lentejas, garbanzos, judías...		
Arroz blanco, paella		
Pasta: fideos, macarrones, espaguetis...		
Sopas y cremas		
	A LA SEMANA	AL MES
Huevos		
Pollo o pavo		
Ternera, cerdo, cordero (bistec, empanada,...)		
Carne picada, longaliza, hamburguesa		
Pescado blanco: merluza, mero,...		
Pescado azul: sardinas, atún, salmón,...		
Marisco: mejillones, gambas, langostinos, calamares,...		
Croquetas, empanadillas, pizza		
Pan (en bocadillo, con las comidas,...)		
	A LA SEMANA	AL MES
Jamón salado, dulce, embutidos		
Queso blanco o fresco (Burgos,...) o bajo en calorías		
Otros quesos: curados o semicurado, cremosos		
	A LA SEMANA	AL MES
Frutas cítricas: naranja, mandarina,...		
Otras frutas: manzana, pera, melocotón, plátano...		
Frutas en conserva (en almíbar...)		
Zumos de fruta natural		
Zumos de fruta comercial		
Frutos secos: cacahuètes, avellanas, almendras,...		
Postres lácteos: natillas, flan, requesón		
Pasteles de crema o chocolate		
Bolsas de aperitivos («chips», «chetos», «fritos»...)		
Golosinas: gominolas, caramelos...		
Helados		
	A LA SEMANA	AL MES
Bebidas azucaradas ("coca-cola", "Fanta"...)		
Bebidas bajas en calorías (coca-cola light...)		
Vino, sangría		
Cerveza		
Cerveza sin alcohol		
Bebidas destiladas: whisky, ginebra, coñac,...		

Anexo 7:
Pirámide de la alimentación (24)



Anexo 8
Plantilla del menú semanal

	DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA	MERIENDA	CENA
LUNES					
MARTES					
MIÉRCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					

Anexo 9

Cuestionario de evaluación inicial (elaboración propia)

1. Describe qué tipo de personas tienen un mayor riesgo de sufrir un TCA
2. Enumera 5 signos de alerta de Anorexia y Bulimia
3. ¿Cómo actuarías ante la confirmación y/o sospecha de un Trastorno Alimenticio?
4. Explica las consecuencias negativas de la dieta restrictiva
5. Justifica la importancia de seguir unos hábitos de vida saludable
6. Enumera características personales que definan a una persona.
7. Diseña un menú semanal que cumpla los criterios de una alimentación equilibrada

Anexo 10

Asociaciones que abordan los TCA en Zaragoza (18)

1. Centro ITABA, Zaragoza.

Dirección: C/Coso, 140 4ºB. 50002, Zaragoza

Servicios: El centro tiene un equipo multidisciplinario (psiquiatra, médico y terapeutas especializados) y ofrecen servicios de diagnóstico, consulta psiquiátrica, terapia psicológica, terapia familiar, grupo de obesidad, trastornos por atracón, grupos ambulatorios y hospital de día.

2. ARBADA (Asociación que pertenece a FEACAB)

Dirección: Paseo Sagasta, 51, 5ºizda. 50007, Zaragoza

Teléfono: 976 389 575

Horario: de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 h y de lunes a jueves de 16:00 a 19:00 h.

Servicios: atienden todos los TCA. Información y orientación, programas de acogida, grupos de autoayuda para familiares y afectados dirigidos por voluntarios, cursos y talleres, conferencias, terapias individuales, programas de prevención, biblioteca y documentación.

Anexo 11

Cuestionario de evaluación final (elaboración propia)

1. Describe qué tipo de personas tienen un mayor riesgo de sufrir un TCA
2. Enumera 5 signos de alerta de Anorexia y Bulimia
3. ¿Cómo actuarías ante la confirmación y/o sospecha de un Trastorno Alimenticio?
4. Explica las consecuencias negativas de la dieta restrictiva
5. Justifica la importancia de seguir unos hábitos de vida saludable
6. Enumera características personales que definan a una persona.
7. Diseña un menú semanal que cumpla los criterios de una alimentación equilibrada

Anexo 12

Cuestionario de satisfacción (elaboración propia)

1. ¿Qué te han parecido estos apartados?

Tema tratado	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Personal encargado	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Contenidos	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Métodos utilizados	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno
Cantidad de conocimientos	Muy malo	Malo	Normal	Bueno	Muy bueno

adquiridos					
------------	--	--	--	--	--

2. ¿Qué es lo que más te ha gustado? ¿Y lo que menos?
3. ¿Alguna idea, propuesta o sugerencia para poder mejorar nuestro Programa de Prevención?
4. ¿Crees que se puede lograr el objetivo de prevenir los trastornos alimentarios? ¿Cómo?
5. ¿Recomendarías estas charlas? ¿Crees que han sido útiles como para dárselas a los siguientes cursos?